

CHAPITRE II

SÉMIOLOGIE DU PÉRICARDE

I. — PONCTION EXPLORATRICE DU PÉRICARDE

Quoique la ponction du péricarde soit rarement pratiquée dans un but explorateur, elle est pourtant légitime quand il y a lieu de soupçonner la purulence d'un épanchement et que cette constatation est susceptible de faire décider une intervention active.

Les écueils de l'opération sont : la proximité du cœur, la présence de l'artère mammaire interne et les rapports du péricarde avec les culs-de-sac antérieurs des plèvres.

Technique. — Le procédé de Dieulafoy, celui de Delorme et Mignon sont actuellement les plus recommandables. Dans les deux cas, on se place, à gauche du malade; celui-ci, couché à demi, le tronc soutenu par des coussins, les bras écartés par des aides.

Procédé de Dieulafoy. — Dieulafoy enfonce l'aiguille, inclinée obliquement en haut et en dehors, dans le 5^e espace intercostal gauche à 5 ou 6 centimètres du bord gauche du sternum.

Procédé de Delorme et Mignon. — Plus précis, ce procédé, n'a qu'un désavantage, celui d'exiger une petite incision cutanée verticale, longue de 4 centimètres. Pratiquée à 15 millimètres du sternum, elle découvre les 5^e et 6^e espaces intercostaux gauches. On introduit alors dans le 5^e ou 6^e espace, au ras du bord sternal, pour éviter la mammaire interne, une longue aiguille qui, lorsqu'elle a pénétré de 8 millimètres, est inclinée obliquement de dedans en dehors, parallèlement à la face postérieure du sternum; quand elle a parcouru 1 à 2 centimètres, l'aiguille, incapable d'intéresser le bord pleural, est enfoncée obliquement en dedans et en bas, par relèvement léger de son chef externe, jusqu'à ce que le liquide apparaisse dans la seringue. Pour cette ponction, comme pour les autres, on ne se départira pas des principes d'asepsie déjà exposés à propos de la ponction pleurale.

Examen des liquides recueillis. — Le liquide recueilli est *séreux*, *séro-fibrineux*, *hémorragique* ou *purulent*. On l'examine selon les mêmes procédés que les liquides pleuraux. Un aspect un peu trouble, légèrement rosé, la présence de flocons fibrineux en suspension, permettraient de distinguer le liquide péricardique de celui des pleurésies médiastines antérieures enkystées.

La ponction extrait rarement un liquide hémorragique. Le streptocoque est l'agent le plus souvent rencontré dans les exsudats purulents; on y a aussi décelé le bacille d'Eberth.

II. — PÉRICARDITES

Signes étiologiques. — Observée à tout âge, mais particulièrement chez l'adulte, la péricardite traduit presque toujours une infection sur un terrain préparé par le surmenage, le refroidissement, la misère, l'encombrement. Localement, elle est quelquefois favorisée par un traumatisme ou une lésion voisine (adénopathies du médiastin, cancer de l'œsophage). Le rhumatisme articulaire aigu cause très fréquemment la péricardite (voy. rhumatisme); les rhumatismes chronique et blennorrhagique plus rarement. Elle précède ou complique souvent la chorée. La pleurésie, la pneumonie, la broncho-pneumonie, la gangrène pulmonaire et encore plus la tuberculose du poumon, de la plèvre ou des ganglions bronchiques contaminent souvent le péricarde, soit par contiguïté (voie lymphatique), soit par généralisation (voie sanguine). La plupart des fièvres éruptives, la scarlatine principalement, peuvent se compliquer de péricardite: il en est de même des fièvres graves: érysipèle, pyohémie (péricardite purulente), fièvre typhoïde (péricardite éberthienne ou septique). Le cas est exceptionnel dans le typhus, la varicelle, la grippe, la diphtérie, les oreillons et la coqueluche. Il est fréquent de voir la péricardite associée à l'endocardite, à l'aortite, à la myocardite. Elle complique assez souvent le mal de Bright, plus rarement le cancer ou la syphilis.

Péricardite aiguë. — Péricardite sèche. — Latente et indolente une fois sur deux, la péricardite sèche détermine autrement soit une simple gêne, soit une douleur lancinante accrue par la pression, soit une sensation d'étau à la base de la poitrine ou au creux épigastrique; on observe des irradiations dans le cou, les épaules ou sur le trajet du phrénique (bord gauche du sternum; entre les deux chefs du sterno-mastoïdien: angle costo-xiphoidien). Ces phénomènes entraînent une gêne respiratoire plutôt que de la dyspnée; rarement de la dysphagie; quelquefois des palpitations, de la toux, du hoquet, des vomissements. Inconstante, la *fièvre* subit une exaspération, si elle existait déjà (rhumatisme aigu). Peter a noté l'*hyperthermie locale* dans la péricardite.

Signes objectifs. — La *percussion* constate parfois une légère dilatation cardiaque. Le retrait de la pointe, après le choc systolique, est lent. La *palpation* perçoit un *frémissement*, sorte de frôlement ou de grattement méso-systolique ou méso-diastolique de la pointe.

L'*auscultation* fait entendre le *frottement péricardique*, bruit superficiel, non propagé, ayant pour foyers: la base, le bord gauche du sternum (5^e ou 4^e cartilage costal) et, plus bas, la base de l'appendice xiphoidien. Les classiques le comparent: au grattement léger de l'ongle sur le papier, au frôlement de la soie, au craquement de la neige gelée, au bruit du cuir neuf, de râpe, etc. Indépendant des bruits du cœur, le frottement est méso-systolique ou méso-diastolique (simulant le galop). L'attitude debout ou assise, la pression du stéthoscope le renforcent; il augmente à la fin de l'expiration ou de

l'inspiration. Il s'assourdit ou meurt en cas d'épanchement, ou quand la systole faiblit.

La péricardite crée deux sortes de *bruit de galop* : 1° celui dû à un frottement présystolique additionnel, de même foyer que les frottements; 2° celui que crée le choc né de la tension brusque présystolique de la paroi ventriculaire quand le myocarde est atone, bruit perçu dans la partie moyenne du cœur; le rythme est toujours celui de l'anapeste (v-v-).

Les *souffles*, quand ils existent, traduisent soit une lésion valvulaire ancienne, soit une endocardite concomitante ou la compression des vaisseaux de la base, à moins qu'ils ne soient cardio-pulmonaires.

Le *pouls* est normal; quelquefois petit, dépressible.

La péricardite sèche aboutit à la *résolution* ou à un *épanchement*.

Péricardite avec épanchement. — **Signes subjectifs.** — La *douleur* rappelle celle de la péricardite sèche. La *fièvre* est continue, irrégulière. Souvent paroxystique, la *dyspnée*, imputable à la compression du cœur et au refoulement des poumons, va de l'oppression simple à l'orthopnée. La compression porte sur le poumon gauche surtout, au point d'empêcher le décubitus de ce côté.

Signes pleuro-pulmonaires; pseudo-pleurésies. — En cas de grand épanchement, on constate, à la base du poumon gauche, une *respiration rude* ou du *souffle*; parfois même les vibrations y sont exagérées, et il existe du *skodisme* sous-claviculaire; surtout propre aux enfants, grâce à l'exigüité du thorax, à la minceur de ses parois, ce syndrome est complété par de la *matité* et de la *bronchophonie*; il se modifie avec la marche de l'épanchement et s'évanouit dans la position genu-pectorale. Comprimant surtout les oreillettes, l'épanchement péricardique gêne la déplétion des veines pulmonaires (cyanose) et de la veine cave supérieure (œdème de la face, du cou, des membres supérieurs; stase cérébrale, vertiges, bourdonnements).

Les épanchements considérables provoquent: des lipothymies, des syncopes, des palpitations, les intermittences et la petitesse du pouls, ou une véritable *asystolie aiguë*.

La compression exercée par l'épanchement peut encore porter sur le *phrénique* (hoquet), le *pneumo-gastrique* (vomissements) et l'*œsophage* (dysphagie).

Signes objectifs. — Quand le thorax est souple, peut apparaître une *voissure précordiale* étendue du 5° au 6° espace intercostal.

Au *palper*, le choc de la pointe est imperceptible ou perçu à un ou plusieurs centimètres au-dessus de la limite inférieure de la matité.

A la *percussion*, la matité précordiale amplifiée figure un triangle à sommet supérieur mousse et à base inférieure, ou plus exactement, une *brioche* (épanchement de 420 à 460 grammes), dont l'échancrure gauche (dite *encoche de Sibson*) siège à l'union du 1/3 supérieur avec les 2/3 inférieurs de la limite gauche de la matité. Très augmentée, la surface de matité absolue égale presque celle de la matité relative.

A l'*auscultation*, le frottement disparaît, les bruits du cœur sont de plus

en plus sourds; on note quelquefois un *souffle* imputable soit à la compression des gros vaisseaux, soit à l'endocardite concomitante.

Le *pouls*, quand l'épanchement est abondant, est inégal et irrégulier; en certains cas, *paradoxal* (plus faible à la fin des grandes inspirations). On peut aussi noter, en raison de la compression des oreillettes, la *turgescence des jugulaires* et un *pouls veineux faux*.

Évolution. — Dans les *cas sévères*, la dyspnée augmente et le malade succombe par *syncope* ou *asystolie aiguë* avec cyanose et œdème.

Dans les *cas curables*, la défervescence annonce la résorption de l'épanchement; douleur et dyspnée s'apaisent, la voissure s'efface, les bruits du cœur et les frottements (*frottements de retour*) reparaissent.

Le *passage à la chronicité* est également possible; l'épanchement persiste, se résorbe mal ou subit des recrudescences subaiguës successives; à la longue, se forment des adhérences partielles ou générales, jusqu'à la réalisation de la symphyse.

Formes cliniques. — Une dysphagie pharyngée et œsophagienne intense, paroxystique, caractérise la *forme hydrophobique*, exceptionnelle, impliquant l'irritation du phrénique et une pleuro-médiastinite concomitante.

La *prostration* et l'*adynamie* caractérisent la *forme typhoïde*.

Jaccoud admet une *forme paralytique*, que distingue l'asthénie cardiaque, dénoncée par l'assourdissement des bruits, un pouls filiforme et inégal, cause possible de syncope mortelle.

Une *forme latente*, habituellement secondaire, souvent purulente, frappe plutôt les vieillards et les enfants; on ne la reconnaît qu'à l'autopsie.

Complications. — La péricardite est associée à l'*endocardite*, qu'elle masque, au début, dans 54 pour 100 des cas. La *myocardite* est une complication grave, dénoncée par l'affaiblissement extrême des bruits du cœur et du choc de la pointe, par un pouls misérable et la tendance syncopale. Plus rare, l'*aortite* est révélée par des crises de douleur rétro-sternale, et, à l'auscultation, d'abord par l'assourdissement du claquement aortique, puis, plus tard, par son éclat métallique.

Diagnostic. — Il est difficile dans les cas frustes, assez communs, surtout secondaires. En cas de *péricardite sèche*, le frottement doit être différencié: des *souffles cardio-pulmonaires*, préventriculaires, perçus au-dessus de la pointe, doux, méso-systoliques, ne se propageant pas, mais remarquables surtout par leur mutabilité extrême, leur exagération dans le décubitus (contraire pour le frottement) et l'absence de troubles fonctionnels; des *souffles endocardiques*, offrant leur maximum en un foyer orificiel, propagés en des sens constants, répondant à des temps bien déterminés; du *frottement pleural* rythmé, lié néanmoins au mouvement respiratoire, mieux perçu dans les grandes inspirations, suspendu, pour Raynaud, dans l'inspiration forcée qui, par contre, exagère le frottement péricardique.

La *péricardite avec épanchement* prête à confusion avec quelques états pathologiques. Comme elle, l'*hypertrophie du cœur* détermine une voissure

et de la matité; mais celle-ci est triangulaire; abaissée, la pointe offre un choc exagéré; les bruits sont éclatants, le pouls est vibrant; un bruit de galop ou un souffle aortique sont souvent constatables. La matité due à la *dilatation cardiaque* s'étend surtout en largeur; elle coïncide avec une lésion d'orifice ou des troubles dyspeptiques. En cas d'épanchement pleural gauche, existe encore une zone mate, associée à la dilatation du côté gauche du thorax, mais aussi au refoulement du cœur vers la droite, sans assourdissement de ses bruits et, à l'effacement de l'espace de Traube. La matité liée aux *tumeurs du médiastin* est diffuse, en ce cas existent des signes de compression (névralgies, réseau veineux collatéral), et la radioscopie donne des images concluantes.

L'évaluation de la quantité du liquide est difficile. Une forte voussure, l'extinction des bruits du cœur, une matité très étendue, les signes de compression du poumon gauche, l'œdème de la région précordiale, indiquent un grand épanchement.

La nature de l'épanchement est soupçonnée d'après : la notion causale, l'évolution, la courbe thermique. Le scorbut, le purpura engendrent la *péricardite hémorragique*; l'érysipèle, les pyosepticémies, la *péricardite purulente*.

Péricardite chronique. — La péricardite chronique est souvent tout à fait latente; après la forme aiguë, les signes d'épanchement (large matité, bruits éteints) restent stationnaires; on entend quelques frottements disséminés, et, l'on assiste parfois à des recrudescences aiguës ou subaiguës. Les malades, maigres et oppressés, d'une pâleur terreuse finissent, par mourir cachectiques, ou présentent bientôt les signes de la *symphyse cardiaque*.

III. — SYMPHYSE CARDIAQUE

Une forme latente n'est reconnue qu'à l'autopsie.

Autrement existent des signes plus ou moins nombreux dont l'analyse soignée est nécessaire.

Signes objectifs. — **Vue.** — Quelquefois se remarque une *voussure*, mais plus souvent une *dépression thoracique* (par adhérence du péricarde à la paroi antérieure du thorax) ou une incursion inspiratoire réduite à gauche. Ailleurs on constate : la *dépression de plusieurs espaces intercostaux* à chaque systole, ou l'ondulation de la paroi thoracique (gélatine soumise à un choc brusque). On peut encore assister *de visu* au mouvement de reptation du cœur de haut en bas et de droite à gauche (rotation du cœur sur son axe).

Palper. — Le *choc de la pointe* est augmenté ou diminué; parfois à la dépression systolique de celle-ci répond un *soulèvement* ou *choc diastolique*.

Percussion. — On constate une *matité en brioche*, comme dans la péricardite à grand épanchement, mais associée à une matité hépatique accrue; et surtout, *non modifiée par les mouvements respiratoires et les change-*

ments d'attitude qui laissent invariable le siège de la pointe (seul signe certain pour Potain).

Auscultation. — Affaiblis en cas d'asthénie cardiaque, les *bruits* sont métalliques s'il existe des adhérences au diaphragme ou de l'ectasie gastrique. Les *souffles*, quand on en constate, tiennent à des lésions orificielles concomitantes, ou, à une insuffisance valvulaire fonctionnelle, par dilatation cardiaque. Les *frottements*, sont des reliquats de la péricardite causale. Des *modifications de rythme* s'observent aussi : *claquement méso-systolique*, perceptible au milieu de la région précordiale (grâce à une bride péricardique pour Potain); *bruit de galop* (∩∩); *dédoublément du second bruit* (∩∩) (Potain), ou, *bruit de rappel paradoxal* (Gilbert et Garnier) dû à la prolongation de la systole et du petit silence.

Pouls. — Le *pouls* est variable, faible, irrégulier, ou *paradoxal* (plus faible dans l'inspiration); ce dernier caractère attribué à des brides reliant le sternum à l'aorte, mais, en réalité, dénué de valeur pathognomonique.

Signes veineux. — On a signalé le gonflement des jugulaires pendant l'inspiration (rare), ou l'affaissement brusque des veines du cou pendant la diastole (Friedreich).

Signes fonctionnels. — Inconstants, non spécifiques, ils consistent en : palpitations, dyspnée; névralgies intercostale ou phrénique; constriction précordiale, douleurs angineuses; *crises d'asystolie* se répétant des années, accompagnées de péri-hépatite, d'ictère, de tuméfaction lisse, puis de rétraction du foie, avec ascite précoce; ailleurs, en symptômes de tuberculose des séreuses.

Formes. — On peut distinguer des *symphyse* : *rhumatismale* (cardiopathie grave, chez l'enfant ou l'adulte), *tuberculeuse*, et, *des vieillards et artério-scléreux* (souvent latente).

Marche. — La symphyse est tantôt latente jusqu'à la mort; tantôt, brusquement dénoncée par une infection aiguë (grippe, pneumonie). Les *formes graves* tuent lentement par asystolie à répétition, ou, rapidement par syncope, angine de poitrine.

Diagnostic. — Difficile, le diagnostic repose sur des signes de valeur inégale :

1° *Signes de présomption* : choc de la pointe faible ou nul; dépression permanente de la région précordiale, rétraction partielle de la pointe, pouls paradoxal; collapsus veineux cervical.

2° *Signes de probabilité* : dépression systolique des espaces intercostaux; mouvements d'ondulation de la région précordiale; modifications des grande et petite matité; bruits anormaux.

3° *Signes de certitude* : *Fixité de la pointe dans certaines conditions*.

On distinguera surtout la symphyse : de la *myocardite chronique* (faible choc de la pointe, bruits sourds et irréguliers; ni matité immuable, ni retrait pluricostal; propre aux gens âgés, artérioscléreux); de la *dilatation du cœur* (marche plus aiguë, causes spéciales, variations de la matité d'un jour à l'autre).

IV. — PÉRICARDITE TUBERCULEUSE

La péricardite tuberculeuse peut demeurer latente toute la vie. Chez les phtisiques, les progrès de la dyspnée, l'œdème des membres inférieurs (sans phlébite) la font quelquefois soupçonner. D'autres fois, subaiguë, la péricardite comporte un gros épanchement ou revêt la forme de symphyse. Ailleurs, coexiste une *pleurésie* ou une *péritonite tuberculeuses*. La lésion péricardique est, en général, plus ou moins masquée par les signes de phtisie avancée qu'elle aggrave en exaspérant la dyspnée. Habituelle, la mort résulte de la cachexie, de l'asystolie ou de la thrombose pulmonaire.

V. — HYDRO-PÉRICARDE

L'hydropisie du péricarde, toujours secondaire, souvent agonique, est méconnue quand elle est modérée, et entraîne, quand elle est accentuée, les signes physiques d'un épanchement péricardique, mais sans douleur, ni fièvre, ni dyspnée marquées; d'autres hydropisies (ascite, hydrothorax, etc.), coexistent souvent, ce qui facilite le diagnostic.

VI. — HÉMO-PÉRICARDE

Ce terme désigne l'épanchement de sang dans la cavité péricardique, indépendant de tout exsudat inflammatoire. Quand le début est lent, le sujet pâle, pris de vertiges, de bourdonnements d'oreilles, présente un pouls graduellement défaillant; quand le sang s'épanche brusquement, la compression du cœur provoque rapidement la mort. Les signes physiques sont ceux de tout épanchement péricardique.

VII. — PNEUMO-PÉRICARDE

Ce terme s'applique à l'épanchement de gaz dans le péricarde, généralement associé à un épanchement séreux, sanguinolent ou purulent. Rarement latent, le *début* est plutôt brusque (irruption du gaz), marqué par : une sensation de déchirement ou de brûlure rétro-sternale, une dyspnée angoissante, une lipothymie ou une syncope. On voit parfois une *voussure*. Au *palper*, le choc de la pointe est affaibli, plus net dans l'attitude assise. A la *percussion*, les parties déclives sont mates (liquide), surmontées d'une zone tympanique (gaz). Le tympanisme, moins marqué pendant la systole, se déplace dans le décubitus latéral. On constate quelquefois un *bruit de pot fêlé*. L'*auscultation* révèle plusieurs bruits anormaux : le *bruit de moulin* (liquide et gaz battus par les contractions cardiaques), comparé au clapotement de la roue d'un moulin à

eau, de timbre variable selon la proportion de liquide et de gaz, rappelant le *gargouillement métallique* quand le liquide domine, ou bien donnant aux bruits normaux et aux frottements une résonance métallique (*bruit de carillon*), quand le gaz est en excès. Il arrive qu'on perçoive ces bruits à distance; le tintement métallique a été aussi observé.

L'*évolution* est rapide; le pneumo-péricarde traumatique, quand il y a peu de sang et que le cœur est indemne, guérit en quelques jours.

Le début brusque, la netteté des signes stéthoscopiques rend le *diagnostic* assez aisé. Mais, le *bruit de moulin* peut naître hors du péricarde, entre lui le thorax et la plèvre; en ce cas il cesse dans la position assise et reparait dans le décubitus, tandis que dans l'hydro-pneumo-péricarde le bruit subsiste quand le malade s'assoit.

CHAPITRE III

SÉMIOLOGIE SPÉCIALE DE L'ENDOCARDE
ET DU MYOCARDE

I. — ENDOCARDITE

L'endocardite est l'inflammation de l'endocarde, par fixation sur lui de produits infectieux d'origines diverses. Elle est *aiguë* ou *chronique*. L'endocardite aiguë est tantôt *bénigne*, tantôt *ulcéreuse* et *maligne*.

Endocardite aiguë bénigne. — *Signes étiologiques.* — Localisation possible de la plupart des infections, cette forme complique avant tout le rhumatisme articulaire aigu, même léger (chez l'enfant). La liste des autres causes en est pourtant longue : rhumatismes chroniques, blennorrhagie, pneumonie, tuberculose, grippe, chorée, scarlatine, variole (rare), rougeole (exceptionnel), oreillons (rare); érythème noueux, polymorphe; érysipèle (endocardite mitrale); fièvre typhoïde, diphtérie, dysenterie, brightisme, cachexie cancéreuse; pyo-septicémies d'origines spontanée, chirurgicale ou puerpérale; pneumococcie généralisée (forme souvent maligne, plutôt localisée sur l'orifice aortique, parfois associée à la méningite).

Signes cliniques. — L'endocardite bénigne doit être recherchée, au début, par une auscultation journalière attentive; car elle peut évoluer sans aucun malaise et sans douleur (à moins de péricardite); entraînant à peine en certains cas : de la gêne précordiale, une oppression légère, des palpitations, de la tachycardie; quelquefois, au début, de la fièvre, du mal de tête et de l'insomnie. La *voussure*, quand elle existe, tient à la péricardite; pour Potain, une *dilatation passagère* du cœur amplifierait la matité cardiaque.

Auscultation. — Le claquement de la valvule malade est sourd, voilé,